

# 献腎移植問診票（熊本赤十字病院）

の枠は必ず記入してください。  
記入の際は、楷書にてご記入ください。

※1は小数点以下1桁まで記載してください。

熊本赤十字病院ID: \_\_\_\_\_

本人	フリガナ	
	患者氏名	
	性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳 ) (西暦: 年)

医師記入欄	血液型	A ・ B ・ O ・ AB	Rh	+ ・ -	身長 (※1)	cm	透析前体重 (※1)	kg	
	感染症	HBsAg	HCVAb		HIVAb		HTLV1Ab		
		( - ・ + ・ ± ・ 未検 )	( - ・ + ・ ± ・ 未検 )	( - ・ + ・ ± ・ 未検 )	( - ・ + ・ ± ・ 未検 )	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	
	原疾患名					発症年月日	年 月 日		
	透析施設名	主治医:				電話番号	( )		
	透析方法	血液 ・ 腹膜 ・ 血液濾過	透析曜日	月	火	水	木	金	土
		血液 + 腹膜 ・ 家庭血液	時間帯	午前	午前	午前	午前	午前	午前
	その他( )	午後		午後	午後	午後	午後	午後	
	導入年月日	年 月 日		夜間	夜間	夜間	夜間	夜間	夜間
	先行的 献腎移植登録	【小児・脾腎同時・肝腎同時】 申請審査委員会承認 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有承認日: 年 月 日							
		【成人(腎臓単独)】 統一基準への適合 <input type="checkbox"/> 適合無(登録不可) ・ <input type="checkbox"/> 適合有(審査委員会の承認無く登録可)							
	既往歴	・感染症 ( 歳) ・悪性腫瘍 ( 歳) ・心疾患 ( 歳) ・肝障害 ( 歳) ・消化性潰瘍 ( 歳) ・脳血管障害 ( 歳)							
		・手術(内容等: ) ( 歳)				シャントトラブルによる手術		有 ・ 無	
		・その他( )							
	合併症	・感染症 ・糖尿病 ・悪性腫瘍 ・心疾患 ・肝障害 ・喘息 ・高血圧 ・低血圧							
・消化性潰瘍 ・脳血管障害 ・視力障害 ・聴力障害 ・閉塞性動脈疾患 ・網膜症									
輸血歴	無	有	最終輸血日: 年 月 日	不明	妊娠歴	無	有	不明	
	無	有	最終移植日: 年 月 日 ( 生体 ・ 死体 ・ 海外 )					不明	
移植歴	移植回数: 回 移植臓器 ( 心臓・肺・肝臓・脾臓・腎臓・小腸・骨髄・その他 )								
	コメント				記載年月日	年 月 日			
				透析医師署名					
<input type="checkbox"/> 入金予定 <input type="checkbox"/> 非課税・生活保護免除予定				<input type="checkbox"/> 脾腎同時予定 <input type="checkbox"/> 肝腎同時予定					